1922

Über Tuberkulose der Mundschleimhaut mit einem kasuistischen Beitrag aus dem zahnärztlichen Institut der Universität Halle.

AUSZUG

AUS DER

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER WÜRDE EINES DOKTORS
DER ZAHNHEILKUNDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

VORGELEGT

VON

HERMANN JOHANNES HÜLSMANN
APPROB. ZAHNARZT AUS ESSEN-BORBECK

REFERENT: GEH.-RAT PROF. DR. KOERNER

HALLE (SAALE)
DRUCK VON KARRAS, KRÖBER & NIETSCHMANN
1922

Die Tuberkulose der Mundhöhle ist eine relativ seltene Erkrankung, deren richtige Erkennung wegen der Mannigfaltigkeit ihrer Erscheinungen und der Ähnlichkeit mit andern Krankheiten der Mundhöhle nicht immer leicht ist.

Auf verschiedenen Wegen kann es zu einer Infizierung der Mundschleimhaut mit tuberkulösem Virus und damit zur Ausbildung einer Mundschleimhauttuberkulose kommen. In Betracht kommen die exogene Inokulationstuberkulose, die Autoinokulation bei Lungentuberkulose, das Übergreifen tuberkulöser Affektionen der Haut auf die Mundschleimhaut und die Infektion auf hämatogenem oder lymphogenem Wege.

Auch kariöse Zähne bilden die Invasionspforte für das tuberkulöse Virus, und es kommt dann zu tuberkulösen Periostitiden mit nachfolgender Tuberkulose der den betreffenden Zahn umgebenen Kieferpartien nebst tuberkulöser Entartung der regionären submaxillaren Lymphdrüsen.

Auch noch in anderer Beziehung können die Zähne dem Tuberkelvirus den Eingang in den Körper öffnen, z. B. kann in die bei der Dentition gesetzten Wunden und in einem späteren Abschnitt der Dentition, wo bei fortwährendem Wachstum des Zahnes die Zahnfleischtaschen und die Alveolen lange Zeit offen stehen und das Ligamentum circulare noch nicht gebildet ist, leicht der Tuberkelpilz eindringen. Selbstverständlich kann sich auch im Anschlusse an zahnärztliche Eingriffe, besonders Extraktionen, eine Tuberkulose entwickeln, sei es, daß die verwandten Instrumente nicht einwandfrei waren, sei es, daß von andern Infektionsquellen das Tuberkelvirus seinen Einzug in die gesetzte Wunde hielt. In manchen Fällen wird aber auch wohl der Zahn schon auf tuberkulöser Basis gestanden haben.

Als Hauptformen der Mundschleimhauttuberkulose kommen der Lupus vulgaris und die Tuberkulosis propria (disseminata) in Betracht. Für den Lupus der Schleimhaut charakteristisch

ist ein scharf begrenztes, eigentümlich blaß bis graurötliches, etwas transparentes, nicht oder meist nur leicht erhabenes, rundliches, weißes Knötchen. Das Initialstadium der Mundschleimhauttuberkulose, eine subepitheliale lupöse Infiltration der Schleimhaut, gelangt selten znr Beobachtung. Hieran schließt sich das Stadium der lebhafteren Proliferation in Knötchenform, das Stadium der Geschwürsbildung, und schließlich kommt es zur Granulationsbildung und Vernarbung. Der Umstand, daß wir beim Lupus progressive und regressive Prozesse nebeneinander finden, unterscheidet diesen von der Tuberkulosis propria, die sich fast stets bei schweren kachektischen Phtisikern findet. Sie kommt meist durch ausgehustete Tuberkelbazillen zustande. Die Tuberkulosis propria charakterisiert sich durch flache, seichte, meist relativ schnell sich flächenhaft ausbreitende, mit schlaffen Granulationen bedeckte Geschwüre, deren Ränder ausgenagt und zerfressen und von einem roten Entzündungshof umgeben sind. Der Geschwürsgrund ist weißgrau durchschimmernd, mit schlaffen Granulationen besetzt. Die Affektion führt zu stärksten subjektiven Beschwerden und kann schließlich die Nahrungsaufnahme unmöglich machen.

Für die Tuberkulose charakteristisch sind die durch den Tuberkelpilz erzeugten Knötchen und Knotenbildungen, schlechthin Tuberkel genannt. Als Tuberkel bezeichnen wir gefäßlose, aus Granulationszellen bestehende Neubildungen, die im Verlaufe ihres Daseins einer eigenartigen regressiven Metamorphose, der Verkäsung, anheimfallen.

Schwierig ist oft eine Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Krebs. Für Tuberkulose spricht die Tuberkulose anderer Organe, die Nichtbeteiligung der regionären Drüsen, miliare oder lupöse Knötchenformen, die lange Dauer, geringe Eiterung, das Fehlen von ausstrahlenden Schmerzen wenn der Prozeß auch schon weit vorgeschritten ist. Die Umgebung der querovalen Geschwüre ist ohne entzündliche Reaktion, die Ränder haben eine zyanotische Zone, der Geschwürsrand ist unterminiert, knotig gewulstet, der Geschwürsgrund grau mit blaßroten Granulationen.

Für Carcinom sprechen: Schnell erfolgende Infektion und Schwellung der regionären Lymphdrüsen, starke, aus-

strahlende Schmerzen, Blutungen, Vernarbungsvorgänge und narbige Fixationen, langsame Entwicklung, rapider Kräfteverfall. Der Geschwürsrand ist derb, wallartig erhaben und verdickt, der Geschwürsgrund grobhöckerig, schmutziggelb, hart, rotgesprenkelt.

Bei dem beschriebenem Falle handelt es sich um eine tuberkulöse Affektion des Mundbodens nach Art des Lupus verrucosus seu papillaris. Besonderes Interesse beansprucht der Fall, weil sich auf dem lupösen Boden an einer Stelle eine carcinomatöse Entartung nachweisen ließ.

Über die Kombination von Tuberkulose und Carcinom gingen lange Zeit die Ansichten sehr auseinander, ja, noch Mitte des vorigen Jahrhunderts hielt man das gemeinsame Vorkommen beider Affektionen für unmöglich, doch wurde besonders durch Sektionsbefunde die Unrichtigkeit dieser Ansicht bewiesen. Immerhin bleibt doch die Vereinigung beider Krankheiten eine sehr seltene, und man kann nicht behaupten, daß die eine Erkrankung direkt zur andern disponiere, wenn auch einmal, wie nicht geleugnet werden soll, eine tuberkulöse Affektion gleichwie ein chronisches Trauma die Entwickelung eines Carcinoms begünstigen kann.